

薬害 HIV 感染血友病等患者の医療福祉とケアに関する研究

研究分担者

大金 美和 国立研究開発法人国立国際医療研究センター エイズ治療研究・開発センター
患者支援調整職

研究協力者

阿部 直美 国立国際医療研究センター病院 薬害専従 HIV コーディネーターナース
関 由紀子 埼玉大学教育学部 学校保健学講座 教授
大杉 福子 国立国際医療研究センター病院 HIV コーディネーターナース
岩田まゆみ 国立国際医療研究センター病院 HIV コーディネーターナース
三浦 清美 国立国際医療研究センター病院 HIV コーディネーターナース
栗田あさみ 国立国際医療研究センター病院 HIV コーディネーターナース
鈴木ひとみ 国立国際医療研究センター病院 HIV コーディネーターナース
谷口 紅 国立国際医療研究センター病院 HIV コーディネーターナース
杉野 祐子 国立国際医療研究センター病院 HIV コーディネーターナース
ソルダノあかね 国立国際医療研究センター病院 医療社会事業専門員
木村 聡太 国立国際医療研究センター病院 心理療法士
小松 賢亮 国立国際医療研究センター病院 心理療法士
霧生 瑤子 国立国際医療研究センター病院 心理療法士
池田 和子 国立国際医療研究センター病院 看護支援調整職
上村 悠 国立国際医療研究センター病院 ACC 医師
田沼 順子 国立国際医療研究センター病院 救済医療副室長 医療情報室長
瀧永 博之 国立国際医療研究センター病院 救済医療室長 治療開発室長
菊池 嘉 国立国際医療研究センター病院 臨床研究開発部長
岡 慎一 国立国際医療研究センター病院 ACC センター長
藤谷 順子 国立国際医療研究センター病院 リハビリテーション科長

研究要旨

薬害 HIV 感染血友病等患者（以下、患者）の長期療養に必須である「最善の医療の選択」「安心して暮らせる療養環境」の実現には、薬害被害救済の個別支援が急務となっている。長期療養における患者の状況は、原疾患の血友病、HIV/HCV 重複感染、高齢化とともに併存疾患や合併症のコントロールを要する。患者の身の上にかこつた薬害被害、遺伝病、閉鎖的な環境が及ぼした膨大な個別の事情を含めた医療や生活上の多重問題をかかえ、身体的、心理的、社会的に将来に続く療養生活への困難が予想される。

本研究は、患者の実践的事例の検証から、必要な医療・福祉サービスの費用等について比較分析し、薬害患者の安心につながる最適な療養環境（施設・サービス）の整備に関する救済支援策案を提言する。また、薬害被害を教訓とした患者参加型の医療の実現に対し支援にあたる HIV コーディネーターナース（以下、CN）の活動についてタイムスタディを

行い、医療や福祉の連携を要する支援に対し、患者の課題解決に重要な役割や機能を考察する。更に CN 活動を担う人材や業務環境の確保について検討、人材育成のための支援ツールを作成・普及するなど「薬害被害救済の個別支援」の充実を目的に研究したので報告する。研究は以下の 4 つから構成される。

- 1) 薬害 HIV 感染血友病等患者に必要な療養環境の整備の検討
- 2) 薬害 HIV 感染血友病等患者に対する CN 活動と支援の在り方の検討
- 3) 薬害 HIV 感染血友病等患者に対する CN 活動の所要時間調査
- 4) 薬害 HIV 感染血友病等患者の多職種連携による支援ツールの検討

A. 研究背景

薬害 HIV 感染血友病等患者（以下、患者）の長期療養に必須である「最善の医療の選択」「安心して暮らせる療養環境」の実現には、薬害被害救済の個別支援が急務となっている。令和 2 年 5 月 31 日時点で、日本の薬害 HIV 感染血友病等患者 1,433 名のうち、既に約半数は亡くなり、生存数は 710 名である⁽¹⁾。我々、医療従事者は政策医療のもと、全国の患者に対し薬害被害救済の個別支援を最善の状態で行ける責務がある。長期療養における患者の状況は、原疾患の血友病、HIV/HCV 重複感染、高齢化とともに併存疾患や合併症のコントロールを要する。そして患者の身の上で起こった薬害被害、遺伝病、閉鎖的な環境が及ぼした膨大な個別の事情を含めた医療や生活上の多重問題をかかえている。昨今、就労困難、親の死により、本人の年金や手当のみと、限られた収入源しかないケースも少なくない。身体的、心理的、社会的にも将来に続く療養生活への困難が予想される。

本研究では、医療・生活の双方の課題解決に向けた支援について検討する。研究 1 年目は、患者の実践的事例の検証から、必要な医療・福祉サービスの費用等について比較分析し、薬害患者の安心につながる最適な療養環境（施設・サービス）の整備に関する救済支援策案を提言した。研究 2 年目は、薬害被害を教訓とした患者参加型の医療の実現に対し支援にあたる HIV コーディネーターナース（以下、CN）の活動や機能について事例を通し考察した。研究 3 年目は、患者の「最善の医療の選択」「安心して暮らせる療養環境」に関する課題解決のため実施した CN 活動のうち、面談と多職種連携の活動時間を調査した。その結果から患者の課題解決に重要な役割や機能を考察し、それらを担う人材や業務環境の確保について検討した。更に人材育成のための支援ツールを作成・普及するなど「薬害被害救済の個別支援」の充実を目的に研究したので報告する。

用語の定義

- ・ HIV コーディネーターナース（CN）：薬害 HIV 感染被害の教訓から、「患者に対する開かれた医療の提供」を行うために、原告団の要望によって創設された職である。CN 活動には、院内外の多職種との風通しの良い横断的な連携が期待される。患者の身近な相談者として、「最善の医療の選択」や「安心して暮らせる療養環境」に関する課題解決に対し、患者と多職種間の支援調整を行うゲートキーパーの機能や、チーム医療全体を見渡すコンダクター的な機能を果たしつつ、「患者参加型の医療」（患者自身もチームの一員として医療や生活の方針の検討に参加し、患者自身の選択のもと、意思決定すること）を支援している。
- ・ CN 活動：CN 活動は、初診時の対応、患者教育、服薬支援、サポート形成支援、連携・調整の 5 つのカテゴリーに分類される⁽²⁾。
- ・ 薬害被害救済の個別支援：薬害 HIV 裁判の和解に基づき、国の指導の下、恒久対策における医療体制整備、各種手当の支給や制度利用等を最大限活用し、医療や生活を保障すること。支援の際には、患者と家族等の事情を十分に加味し話し合いを重ね、多職種連携のもと支援すること。
- ・ 多職種連携：本研究では、患者の医療や生活における課題解決や予防的リスク回避等に対し、院内外の医療や福祉の多職種を有機的につなぐコーディネーションを示す。
- ・ 専従看護師：原則、HIV 感染症の診療に係る業務のみを行う看護師を示す。
- ・ 専任看護師：兼務は可、HIV 感染症の診療に係る業務を担当する看護師を示す。

B. 研究概要

以下の 1) ~ 4) の研究を通して、薬害 HIV 感染血友病等患者の医療・福祉サービスの整備に関する救済支援策案を提示する。また、患者の課題解決に

重要な役割や機能を果たす CN 活動を担う人材や業務環境の確保、人材育成について考察し、薬害被害救済の個別支援に対する提言を行う。

< 3 年間の研究内訳 >

- 1) 薬害 HIV 感染血友病等患者に必要な療養環境の整備の検討
- 2) 薬害 HIV 感染血友病等患者に対する CN 活動と支援の在り方の検討
- 3) 薬害 HIV 感染血友病等患者に対する CN 活動の所要時間調査
- 4) 薬害 HIV 感染血友病等患者の多職種連携による支援ツールの検討

倫理面への配慮

国立研究開発法人国立国際医療研究センター倫理委員会にて承認を得て実施した調査から得られたデータは個人が特定されないよう配慮した。

C. 研究結果・考察

1) 薬害 HIV 感染血友病等患者に必要な療養環境の整備の検討

(1) 研究目的

薬害患者の実践的事例の検証から、必要な医療・福祉サービスの費用等について比較分析し、薬害患者に最適な療養環境（施設・サービス）の整備に関する救済支援策案を提示する。

(2) 研究対象

薬害 HIV 感染血友病等患者 2 名（居宅・施設入所）。いずれも頭蓋内出血後の後遺障害で要介護 5 の状態。

(3) 研究方法

- ・ 事例検討
- ・ 情報収集シート（医療・福祉 / 介護）を活用し、疾患や治療状況等の病状や、家族背景、経済状況、社会資源の活用等の情報収集をする。
- ・ 担当ケアマネジャー、利用中のサービス事業所等より、「介護サービス利用票・別表等」に記載のサービス業者所と内容、回数、サービス単位 / 金額、保険 / 事業費（公費）請求額と利用者負担を確認する。「週間サービス計画表」から病状や生活状況に応じた支援の不足がないかを確認する。
- ・ これらの実践的事例の検証から療養環境（施設・サービス）の整備に関する救済支援策案を提示する。

4) 結果・考察

a. 持ち家（都外）の居宅ケース：A 氏

A 氏の在宅療養では、日常生活自立度（寝たきり度）はランク C-2（自力寝返り無し、常時臥床）で多くの介護サービスを必要とした。ケアマネジャーは多職種連携のもと支援計画を立案したが介護サービスのみでは支援に不足が生じ、家族ケア、または実費での支援追加が必要となった。CN は、ケアマネジャーに医療費助成の「先天性血液凝固因子障害等医療受給者証」は、介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーション等も公費負担の対象⁽³⁾となっていることを情報共有し、必要な支援に対し、適用させる制度を介護、医療、障害福祉の間でうまく置き換えることで、各制度を最大限に活用して支援を組むことができた。介護を専門とするケアマネジャーが制度の壁を越え支援計画を連携調整したことは恒久対策を最大限活用する上で重要であった。A 氏の在宅療養の課題は 2 つあり、一つは、県をまたいだ遠方の病院への移送に対する介護タクシーの実費負担であった。日頃は往診対応だが、1～2 年に一回、体調不良や定期検査等の入院精査が必要となり、近隣に専門診療が可能な医療機関がないため、当センターに介護タクシーで往復 6 万円の实費で来院する。介護保険は介護タクシー利用のサービスはあるが、自治体ごとに条件があり A 氏の場合、県外は適応外、基本的に市内を想定しているサービスのため、補助は上限 1000 円など、決して負担が軽減されるものではなかった。このような課題は、A 氏に限らず医療過疎の地方で、交通手段を選べない状況下では、全国どこにでも可能性のある課題である。療養の場の選択には、医療継続が可能な各種好条件を考慮した場の選択が望ましい。A 氏が病院から遠方の居宅暮らしを選択した理由には、病院周辺の都内住宅事情が高額で、妻は夫の介護で職につけず、月の収入が公的年金（約 6 万円）に発症予防のための健康管理費用（53,000 円）が加わったものが主な収入となると、子供を養い生活することは、貯蓄を切り崩し不経済になると考えたからである。また、妻が最優先で自宅療養を選択した理由は、A 氏が購入した愛着のある居宅で親子 3 人が暮らす生活を大切にしたいという強い気持ちがあったからである。専門医療機関への受診や入院が将来的にも必要である薬害患者に対し、滞りなく医療を継続するための各種負担軽減の仕組みが望まれる。A 氏の課題のもう一つは、生きがいにもつながるレクリエーションに適應する資源についてであった。介護におけるレクリエーションのサービスには、一般的にデイケアへの通所介助等があるが、A 氏の病状には適さず居

宅でのリハビリ内でリクライニング車いすに乗り自宅周辺を散歩することが唯一の楽しみであった。ある日、子供がA氏と水族館に行きたいと要望したことをきっかけに、ケマネジャーと往診医、訪問看護師、理学療法士、ヘルパーが、本人家族との外出を計画した。あらゆる体調変化に対応できるよう綿密な計画を立てて無事に水族館に行き、親子ともに楽しく過ごすことができた。地域スタッフが慢性的な人手不足の中、ボランティアで企画実行するのは決して容易なことではなく強要するものでもない。ただ、A氏に関わる地域スタッフは、親子3人が懸命に闘病生活を送る姿を見ている中で、患者家族の気持ちを汲み取り、子供の一言を契機に応援したいという気持ちが寄り集まり、自然発生的に実現したものであった。レクリエーションは、親子3人に良い影響を与え、子供の思いでづくり、A氏自身のリフレッシュ、妻の介護疲れの癒しなど、それぞれが生活に楽しみを持てるようになり、日々の生きがいを左右するものと考えられた。一方、スタッフ間では、無事に計画をやり遂げた喜びを分かち合い、その後は更にチームワーク良く仕事に励むことができたと話されている。レクリエーションがもたらす効果は長期療養に良い影響を与えると考えられ、取り組みやすい支援の仕組みや制度の充実が望まれる。

b. 施設（都内）の入所ケース：B氏

B氏の療養の場の選択は、都内に住む兄弟、地元に住む高齢の両親による介護が難しく、B氏が地元の人にHIV感染症を知られたくないという理由で都内に暮らし始めた経緯もあり、都内の入所施設を検討した。障害者支援施設は非課税により利用負担が少なく第一候補としたが、施設の立地は、病院や家族の自宅から離れた遠方で、医療継続等の不安が家族に生じたため、入所は見送ることとした。薬害患者の療養の場の調整には、単に入所可能な空床施設を探すのではなく、専門医療の継続を前提とした立地条件の見合う障害支援施設を検討することが重要である。全国の障害支援施設数が障害者数をカバーする状況だとしても、実際の現場では居住地から専門医療の受診先が限られている状況下において、その居住地に見合った障害支援施設を探すことは、事実上、施設選択の幅が少なく困難である。B氏の療養の場の対象を有料老人介護施設に広げたが、家族の希望する病院付近の都内の施設は平均300,000円前後と高額な費用がかかる。B氏自身の収入の範囲内（公的年金の約6万円と発症者健康管理手当15万円等を合わせた約24万円）で支払い可能な施設を探し、月額204,550円（介護費用26,030円含む）と都内では比較的負担の少ない有料老人介護施設に

一時的に入所した。例外的な金額の安さは、経営栄養により食費66,000円が免除となったことで費用が抑えられたからである。収支と施設入所の関係を考察すると、このケースは、AIDS発症により月額の手当が高額なこと、食費免除で施設利用費が抑えられ、患者自身の収入のみで収支はかろうじて成立した。もし、通常通り食費が加われば、B氏もこの施設に入所できなかった。また、未発症者だった場合、発症予防の健康管理費用は、CD4数200 μ 1以下の方が53,000円、それ以外は37,000円の支給金額である。公的年金の約6万円を加えると生活費10万円にも満たず、生活保護費の支給金額よりも低い。これでは生活自体が成り立たず施設入所も不可能である。和解金を切り崩し生活していれば、30年を経過した現在、既に残金がないことも珍しくない。現在、B氏は施設を再検討し、障害者支援施設の入所待ちとなっている。

2025年の超高齢社会を目途に国が進めている地域包括ケアシステムは概ね30分以内に医療・介護福祉サービス等、必要なサービスが提供される日常生活圏を単位として想定されている。その包括的支援体制構築の前提からすると、A氏とB氏のように複数の疾患を持ち、専門医療の継続が必要な薬害患者では、30分圏内に医療や介護サービスを受ける環境を作ることは難しい。今後、国が包括的支援体制構築を推進する中、長期療養に必須である「最善の医療の選択」「安心して暮らせる療養環境」を実現するための救済支援策案としての提言をまとめた。

<提言>

- ・ 薬害患者における受診継続を支援するために専門医療機関を受診する際の移送に関する保障の検討が必要である。
- ・ 日常生活上の生きがいを左右するレクリエーションの実施に伴い、心身の状態別に福祉サービスや制度利用の仕組みを検討する必要がある。
- ・ 未発症者の場合、患者本人の公的年金、PMDAの手当による収入は生活保護費より少ない。発症者手当15万円に相当する健康管理費用や日常生活の保障への対応が急がれる。
- ・ 患者の日常生活圏内に専門医療機関と介護施設を見つけることが困難な場合、国の保障の元、病院近隣の介護施設に入所するための方策と保障が望まれる。

2) 薬害 HIV 感染血友病等患者に対する CN 活動と支援の在り方の検討

(1) 研究目的

薬害 HIV 感染血友病等患者薬害患者（以下、薬害患者）の支援事例の分析から、CN の具体的な活動内容やその機能を明らかにし、様々な医療・看護・福祉サービスを必要とする薬害患者への支援の在り方を考察する。

(2) 研究方法

薬害患者 T 氏の事例を通して、ACC 救済医療室の医療支援の介入時から、地域での医療や生活支援が順調に行われるまでの約 1 年 2 ヶ月間の CN 活動について抽出し支援課題に必要な CN 機能も整理した。

(3) 結果・考察

事例は、T 氏 50 歳代、血友病 A HIV/HCV 重複感染、血友病性関節症、痔出血、難聴。母親と二人暮らし。患者支援団体からの質問紙調査に身体症状の不安や治療困難が記載されていたことを契機に患者支援団体からの支援が開始された。病状の他、K 病院主治医との関係不良、母親の施設入所など、医療連携や生活支援が必要と思われ、支援団体より本人に ACC 治療検診の紹介があり、本人は CN とのかかわりの中で来院を希望され、個別支援が開始となった。

薬害によって HIV 感染した薬害患者は様々な困難を抱えて生活している。そのため、治療の継続が行えるよう薬害患者が望む生活を生涯支えていくためには、地域に根差した様々な支援を継続的にコーディネートする存在が欠かせない。その役割を本事例では ACC の CN が行ったが、その CN 活動は、a) 心身に対する課題に対応しつつ生活の中にあるニーズを見出す、b) 患者自身による意思決定までのプロセスに寄り添う、c) 適切な支援内容を検討し、支援者・支援機関を見だし、支援者と患者・支援者間をつなぐの 3 つの機能に分類された。

a) 心身に対する課題に対応しつつ生活の中にあるニーズを見出す

T 氏は、血友病、HIV/HCV 重複感染に加え、痔出血、関節障害や聴力障害など、複数の症状に悩まされていた。薬害 HIV 感染被害者の場合、遺伝病の血友病に加えて、HIV 感染症により偏見差別が生じたことが影響し、家族機能が脆弱であることが多い。T 氏も高齢の母親と二人暮らしで、頼りになる家族支援者は叔父のみであった。また、家族機能が脆弱であることに加え、患者本人は就労できず経済面でも問題を抱えていた。心理面では、HIV 感染に

関する偏見差別の問題や、多くの同胞を薬害によって亡くしたこと、遺伝病である血友病を抱えていること、またこのような困難を青年期に体験した独身中高年男性であることなどが、患者を理解するうえで配慮すべき事項である。T 氏は、ACC 血友病包括外来の前にあるモニュメント（薬害 HIV の教訓を伝えるために、東京 HIV 訴訟被害者の原告番号を命の葉に記し、広がる「命の樹」「命の尊さ、それを守る医療」の願いを託した象徴）の前で涙を流す時を過ごしたように、表には出さずに心に秘めている苦悩があると思われる。以上のような身体面、心理面および社会面において様々な困難を併せ持つ患者を理解し、内に秘めたニーズを見出すためには、医療者は患者からの信頼を構築しつつ、様々な側面から漏れなくアセスメントする能力が必須である。T 氏は紹介当初、あまり語りたがらず CN からの電話連絡も希望していなかった。しかし、ACC 入院前には電話で様々な不安や懸念事項を CN に伝えるようになっており、入院中は、自分の希望に合わない提案にはそのことを医療者に伝えている。このような患者と医療者の関係は簡単に構築できるものではない。例えば、患者支援団体から紹介を受けた場合に、T 氏の反応（語らず、連絡を希望せず）を見て、医療者は本人が支援を希望していない、患者支援団体からの要望であって、本人の要望ではないと判断されるかもしれない。しかし、患者支援団体や CN は多くの薬害患者に接している中で、患者自身が改善の必要な課題に気づいていないこと、気づいてもあきらめていることを目の当たりにしているため、複雑化した課題を表面化するコミュニケーションを重ね、T 氏の反応を確認しながら薬害被害の救済支援が手遅れにならぬよう救い上げの早期タイミングを見極めていく。T 氏は難聴のため、他者の話を理解しにくく、自身の意見が伝わりにくいことも知っていたが、通常の何倍もの時間をかけて、本人がわかりやすい方法を工夫しながら CN は対応し、患者の信頼を獲得するに至ったと考える。また、本事例では、外来のモニュメントの前で過ごす T 氏を 1 時間ほど CN が見守っている。医療従事者が一人の患者に 1 時間費やすことは容易いことではない。しかし、共に過ごす時間が必要と判断しそれを行うことは、高いアセスメント能力と実践力が、対応した CN には備わっていると考える。

b) 患者自身による意思決定までのプロセスに寄り添う

薬害患者は、血友病治療による薬害被害で HIV に感染し、信じてきた医療や医療者に裏切られた経験により医療不信をかかえていることを念頭に置く必

要がある。そのため、医療者のパターンリズム（患者は治療のすべてを医師に委ねること）ではなく、患者にすべての情報提供を行い、決定は患者自身が行えるような意思決定支援が薬害からの被害回復の点からも重要である。更にT氏のように地域で様々な支援を受けながら生活する薬害患者にとって、自分が望む支援を自分で選ぶことは、薬害患者の生活の質に直結する。本事例では、CN等が検討している支援内容をT氏にも提案し、そしてT氏はその意見に反対したり別案を提案したりしていた。T氏への支援記録には、T氏に情報提供を行いその提案にどのような反応を示したのかに関する記述が数多く見られ、CNが意識的にT氏への確認行動を行っていることがわかる。意思決定を促すプロセスにおいて、声を出さない者に意見を表明する手段（情報提供）を準備することが重要である。そのため、CNが“患者自身による意思決定までのプロセスに寄り添う”ことは、患者自身が意思表示を行えるようにするためのアウトリーチ（手をさしのべること）であり、その結果、患者の自己決定を促し、患者のエンパワーメント（人々が他者との相互作用を通して、自ら最適な状況を主体的に選びとり、その成果に基づくさらなる力量を獲得していくプロセス⁽⁴⁾)を促進させるといえる。

c) 適切な支援内容を検討し、支援者・機関を探し、支援者と患者・支援者間をつなぐ

薬害患者は様々な問題を抱えており、それぞれに対して専門的に関わる医療者や支援者が医療機関と地域にそれぞれ存在する。そのため患者の全体像を把握し様々な支援をコーディネートするためには、医療、介護、福祉、看護、心理等の知識や様々な実践能力をもつCNの存在が欠かせない。それは、多職種に支援を依頼する際に、CNが多職種の業務内容を理解していることで、支援を依頼する際に誰に何をどのような対応や順番で依頼するのが効果的なのか、多職種が十分に役割を担えるよう依頼するためである。本事例では、CNは院内の様々な診療科や、患者支援団体、K病院、T訪問看護ステーション、K市障害者相談支援センター、K市障害福祉課、S区役所と連絡を取り合いながら、T氏の地元での生活が安寧に継続できるよう、支援の“体制”を作り上げていた。このように、実践可能な適切な支援体制を作り上げるには、コーディネートを行うCNの多職種の業務内容の理解、積極的な支援機関に関する情報収集および情報提供が重要である。本事例においてCNは遠方にいる支援機関や支援者に電話を行いつつ、さらにT訪問看護ステーションで訪問看護開始前の研修会を開催し、ACCのCN、患者支

援団体は地元の地域にまで出向いている。多職種が対面で会議を行うことは、介護現場で行われている地域ケア個別会議において、多職種協働、参加者のスキルアップや合意形成、行政課題の発見・解決策の検討等に有効であるといわれている⁽⁵⁾。このように、電話やメールなどの1対1での話し合いではなく、多職種が一堂に会する場を作ることもCNの重要な機能といえる。

以上、最善で最先端の医療と、薬害患者の目線を大切にした支援の提供に努めていくことが求められており、CN活動の機能を担う人材確保等の対策が急務となっている。

3) 薬害 HIV 感染血友病等患者に対する CN 活動の所要時間調査

(1) 研究目的

薬害 HIV 感染血友病等患者に対する CN 活動調査から、面談と多職種連携に関する活動を担う人材と業務環境の確保について考察する。

(2) 研究方法

薬害 HIV 感染血友病等患者（以下、患者）のみが受診する ACC 血友病包括外来（以下、包括外来）の専従 CN1 名を対象に 2020 年 5 月における連続した 5 日間でタイムスタディを行った。CN 自身がボイスレコーダーに活動記録を録音した。活動記録の内容は、面談、電話相談、多職種連携についての開始前後の時間、対象、手段、話した内容である。録音内容は活動記録表にデータ入力し、データ分析は、活動記録表をもとに、CN 活動における実施項目の集計、平均値、標準偏差、活動の割合を示した。これらの結果と実践事例に対する活動内容をもとに医療・看護・福祉サービスを必要とする患者への支援の在り方を整理し、その活動を担う人材や業務環境の確保について考察した。

(3) 結果・考察

a. CN による面談、電話相談の実施状況

CN が行った面談と電話相談に関する調査結果は次の通りである。包括外来受診者の 5 日間の総数は 24 名で平均 4.8 名/日であった。診察前面談は 24 件、診察後面談は 24 件で、CN は全員と診察前後の面談を行っていた。面談の所要時間の平均と標準偏差は、診察前 21.7 ± 10.1 分、診察後 32.4 ± 22.4 分であった。患者からの電話相談は、ACC 救済医療室の直通電話または CN が各自所有する PHS で対応する。電話相談の総件数は 17 件、平均 3.8 件/日で、所要時間の平均と標準偏差は 10.4 ± 7.0 分であった。電話相談の内容は、症状相談や受診相談の他、多職種紹介

や歯科受診紹介、就労に関する相談や、面談希望の予約などであった（図1）。

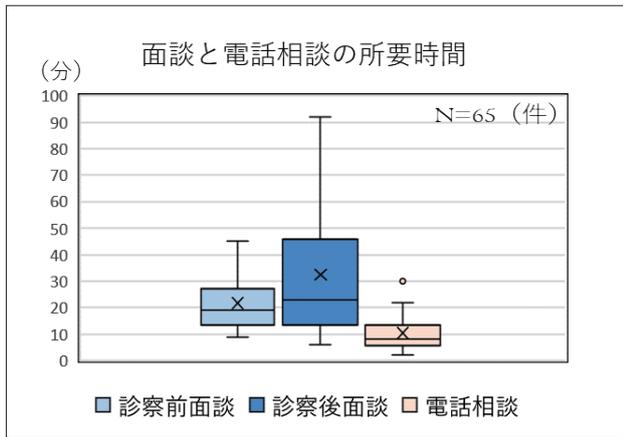


図1：CNの面談・電話相談の所要時間

b. 多職種連携の実施状況

5日間を通して多職種連携を行った総数は、75件で、最も多かった手段は電話対応36件、次いで、対面33件、メール6件であった。各連携に要した時間の平均と標準偏差について、電話対応は3.5 ± 2.9分、対面は、4.7 ± 3.6分、メールは、10.2 ± 4.7分であった（図2）。

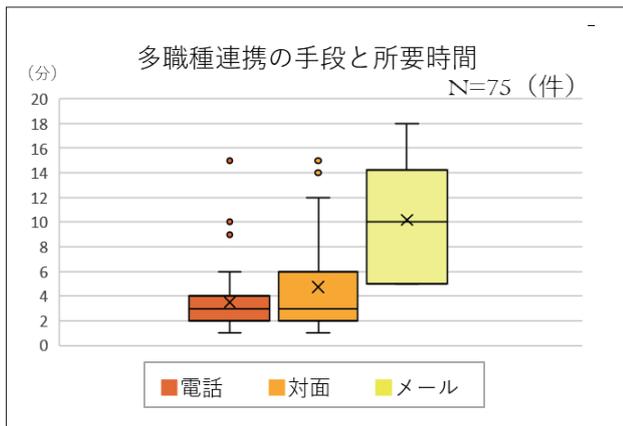


図2：多職種連携の手段と所要時間

多職種連携の対象職種で最も多かったのは、主科医師であった（表1）その連携内容は、各種情報共有、各科との治療方針の検討や検査の調整、支援計画や支援実施に対する評価と今後の共通目標の設定、ミーティング開催の設定と運営など、多岐にわたっていた。主科医師との連携では、CNが把握した家族等を含めた患者の治療や生活に関する個別事情を重要事項として取り扱い、医師と情報共有する場面が多かった。医師は情報共有した内容を患者の診察時に確認し、患者を包括的に把握しようと努めるため、患者自身は、それに応え本音が語りやすくなり、双方が建設的に対話を進め、実際の状況に見合った治療等の共通目標を持てるような効果があっ

た。連携の対象には、医療や介護福祉等の専門職のみならず、薬害被害者を支援する患者支援団体との連携もあった。患者支援団体の相談員は、患者や家族の理解者として、医療者とは違う立場で患者家族を支え、多職種チームと協働で支援にあたっていた。

表1：多職種連携の職種と件数

		N=75	
	職種		(件)
院内	主科医師		16
	主科外来看護師		9
	薬剤師		8
	医療社会事業専門員		7
	心理療法士		6
	病棟看護師		4
	臨床研究リサーチナース		4
	患者支援調整職		4
	理学療法士		3
	リハビリテーション科医師		2
	栄養士		2
	歯科衛生士		1
	緩和ケア科医師		1
緩和ケア認定看護師		1	
院外	患者支援団体		2
	レシピエント移植コーディネーター		2
	ブロック拠点病院CN		1
	訪問看護師		1
	通所理学療法士		1

c. CN活動の面談・連携の実施割合

5日間におけるCN活動のうち、面談（診察前、診察後）と電話相談、多職種連携（電話、対面、メール）の活動に要した時間の合計は、1,818分で、勤務時間全体における割合は、75.8%であった。CN活動の内訳で最も多かったのは、診察後の面談32.4%で、次いで多かったのは、診察前面談21.7%であった（図3）。全業務における面談と多職種連携以外のその他の活動24.2%は、定例の各種カンファレンス参加、電子カルテ記入、データ入力作業等が含まれていた。

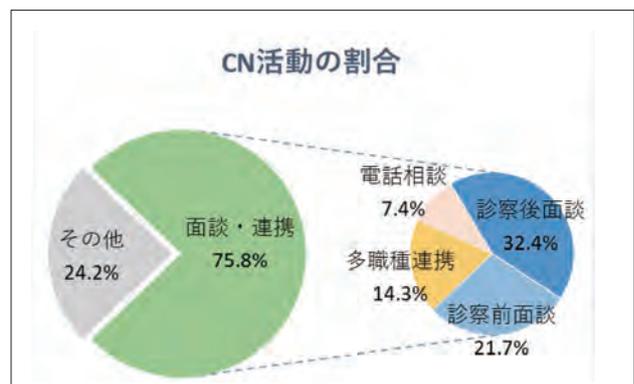


図3：CN活動の割合

d. 医療・看護・福祉サービスを必要とする患者への支援の在り方

患者の身体面では、原疾患の血友病に加えて HIV/HCV 重複感染、生活習慣病やその他合併症など、長期にわたり疾患のコントロールが必要な複数の慢性疾患を併せ持つ。CN は、面談で行えるセルフマネジメント支援システムを確立し、患者の心身の課題に対応していた。それは、診察前面談に前回受診時からのセルフマネジメントの状況報告と評価をすること、診察後面談で採血データをもとに、CN が医療を基盤とした生活上のアドバイスをすること、それを受けて患者自身が次回受診までの療養目標を立てるという一連のサイクルで支援していた。患者の心理面の課題を抽出することについて、これまでの患者の身に起こった、HIV 感染の偏見差別、同胞を亡くし、遺伝病の血友病を抱え、青年期に多くの困難の経験が重なり、課題は複雑に絡み合い、患者の内に秘めたニーズを見出すことはとても難しい。しかし、この一連の支援システムの中で、CN が継続的に途切れなく確実に患者をフォローし、CN と患者間の信頼を構築しつつ、様々な側面から漏れなくアセスメントを行い支援することで、患者の課題抽出を可能にしたと考える。事例< 40代：抗 HIV 薬の服薬疲れ、モチベーションが低下したケース>では、服薬行動の内に潜む心理面の問題を捉え、心理士の支援介入を調整していた。

今回調査した CN の診察後面談時間 32.4 ± 22.4 分と、先行研究の CN の療養期別の相談時間調査⁽⁶⁾の服薬後安定した患者の面談時間 30.9 ± 21.3 分を比較し、あまり差が見られなかった。今回の調査では、毎回の面談により前回の続きから話が始められること、また、情報収集シートによるヒアリングで全体像を把握し面談に入っているため、毎回の確認作業が少なくスムーズに本題に入ることができたと考える。もう一つ重要なことは、今回の調査に実施は含まれていなかったが、患者との初期面談時に必ず、患者自身の語りで、薬害被害に影響を及ぼされた自身の軌跡を一人 2-3 時間かけて、面談で聞くことにしている。患者理解は不可欠であり、患者は、事前に自分の思いや考えを CN に伝えているので、患者自身の感情を表出しやすく、時々考えや思いが尊重されることも知っており、本音で検討し合うことが可能になっていると考える。CN が行う面談は、患者理解の基盤づくりも含め、初期の長時間の面談と、受診時に診察の前後で毎回行う 30 分前後の面談が実施されていた。

多職種連携について、< 40代：血液製剤の輸注を躊躇し凝固因子の補充が不足しているケース>で

は、医師との情報共有がポイントであった。CN は医師に輸注の躊躇は薬害被害によるものと報告している。医師は、患者の置かれている状況を尊重した上で、患者の関節状態を確認できた。患者への輸注不足に対する一方的な指摘とならずに、医師が患者理解を深め対応してくれたことに患者は信頼を寄せ、建設的な対話により、患者が医師と向き合い症状の表出や、計画倒れになりにくい実行可能な血液製剤の治療計画につながった。このことは、CN が職種の専門性を尊重し、話題のきっかけを作り対応をゆだね、多職種間の支援バランスを調整した連携の結果である。CN の連携・調整能力は、患者の全体像を把握し、チーム全体を見渡す、チーム医療の調整役として発揮されることが期待される。多職種ミーティングでの CN の機能は、院内外が多職種が行う業務内容を理解した上で、適切に支援が実施できるような支援計画を組み立てることである。支援計画では、多職種間で重なる部分もあり、それを双方の介入頻度やタイミング、順番などを細かく計画し、より患者に効果的に支援が実施されるよう CN は調整する。支援の実施後は多職種間で評価を行い、支援計画を修正しながら継続して患者を支えていくことが重要である。そのための効果的なミーティングの開催は、全体像を把握する CN が効果的な開催時期や参加メンバーの選出等を行う。CN に求める原告の要望には、この先の療養継続について、医療と生活の相談が可能な一番身近な専門職である看護職が並走者となり、患者がかかえる課題にいち早く気が付き、将来的なリスクの早期発見・予防も含めた支援への希望や期待がある。その実現のためには、課題の抽出を可能とする日々の継続した面談と、課題を解決するための多職種連携が欠かせない活動となっている。

e. CN 活動を担う人材や業務環境の確保

CN が行う面談と多職種連携は患者支援に必須の重要な活動である。面談と多職種連携の業務の割合は CN 活動全体の 75.8% と高い割合を占め、CN が十分に役割を発揮できるよう専門職として活動している。病院によって対応は様々で、CN 研修を終え自施設で HIV 感染症の診療科の専従看護師として働く看護師の活動の所要時間調査⁽⁷⁾によると「業務全体では、ACC のような CN としての業務時間の割合が 16% と低く、理由として事務作業や処置などの診療補助等、外来業務の多さである。」と報告されていた。また HIV 感染症に関する診療報酬でウイルス疾患指導料 2 の施設基準加算の要件により HIV 感染看護に携わる看護師の外来配置が期待されたが、2016 年看護管理者に対する HIV/AIDS 看護体

制調査⁽⁸⁾では、「HIV 感染者が通院する 125 施設中、専従看護師の配置は 36 施設、その配置理由は、通院患者数（少ない）が関与していたと報告されている。現在、施設基準が変わり看護師の専従要件が外れ、他科診療の担当も可能な HIV 専任看護師へと代わり、担当看護師が増えることが期待されているが、その反面、患者への支援内容の質の担保が懸念される。看護師が行う療養指導頻度の変化の調査⁽⁹⁾で、2006 年と 2012 年で指導実施率の変化が調査されたが、「施設加算の要件を満たせば（看護師が配置され）加算が取れるのではなく、加算要件の中にどのような業務内容が明言されることが重要であるのか、何をもち、HIV / AIDS 診療・看護の専門性というのかを示すことが重要」との報告があった。数名の患者のみが受診する施設では、多くの患者が受診する施設よりも専従・専任看護師を配置しづらいと考えるが、政策医療であることを誰もが理解し対応する必要がある。患者が来院した際には、必ず担当看護師が介入できるよう業務環境を調整するなど、人材・業務環境の確保と同時に、人材育成の課題対応が急務である。

4) 薬害 HIV 感染血友病等患者の多職種連携による支援ツールの検討

本研究班 3 年間で作成した複数の成果物は下記のとおりである。

a. 薬害血友病患者の医療と福祉・介護の連携に関するハンドブック vol.3

非加熱血液凝固因子製剤による薬害 HIV 感染から 30 年以上が経過し薬害エイズに関する知識に乏しい、当時、まだ生まれてもいなかった若手スタッフの存在が増えてきている。医療や支援の需要が増す昨今、改めて、薬害被害を風化させず、医療や支援の担い手を大切に、薬害被害者救済に努めてもらえるよう、「薬害血友病患者の医療と福祉・介護の連携に関するハンドブック vol.3」⁽¹⁰⁾に薬害関連の最新情報を盛り込み改定している。改定のポイントは、新たに全国の薬害患者を対象として開始した「PMDA データを用いた個別支援」の実施や、「先進医療の脳死肝移植登録」に関する情報更新、「肝がんに対する重粒子線治療」に関する情報提供である。

b. 情報収集シート / 療養支援アセスメントシート（医療、福祉・介護）

本研究班作成の、「情報収集シート / 療養支援アセスメントシート（福祉・介護⁽¹¹⁾、医療⁽¹²⁾）」は、薬害患者に特化したアセスメント項目をまとめたものであり、これらを活用することで、患者の医療状況の把握や、生活への継続支援に関し、どのような制

度や支援者が存在するのか、支援方法を見出すことに役立つ。

c. 療養先検討シート

本研究班作成の「療養先検討シート⁽¹³⁾」には薬害患者が利用可能な様々な制度の紹介と、支援先検討の手順や工夫が示されている。このシートにみられるように様々な情報を集め、構造化し、支援先がなければ新たに作り出し、そして実際に支援体制を構築し良好に維持していく能力が CN には必要である。これら a～c の各種ツールは全国各地より発送希望があり、薬害患者の個別支援に活用されている

d. 看護に差がつく コミュニケーション&アセスメントツール（医療編、福祉・介護編）

HIV 医療の提供体制により、院内外には患者の支援に専門的にかかわる医療者や支援者がそれぞれ存在する。患者の全体像を把握し様々な支援をコーディネートするためには、医療、介護、福祉、看護、心理等の知識や様々な実践能力をもつ CN の存在が欠かせない。特に院内外の多職種連携の元、真の体制づくりが重要であるが、実践可能な適切な支援体制を作り上げるには、多職種間での情報収集および情報共有など、職種の仕事を理解し尊重しお互いのスキルアップや合意形成を結んでいくことの実践を行えることが CN には必須である。

今回、情報収集シート / 療養アセスメントシート（医療、福祉・介護）の「手引き」として、「看護に差がつく コミュニケーション&アセスメントツール（医療編、福祉・介護編）」を作成し、医療と福祉における患者の課題抽出や解決のポイントについて掲載している。支援の対象は、患者のみならず、家族にも及ぶ。課題の根底に家族の影響を受けていることも少なくないため、CN は家族に対しても積極的に情報収集し支援を心がけている。夫婦間や家族のことは、比較的介入を遠慮する傾向が医療者には見られるが、長期療養の中で、複雑に絡み合う課題には、家族関係の難しさが解決されないまま取り残されており、避けて通れない支援の一つとなっている。患者のみならず、包括的に情報を捉え支援できるように、作成した支援ツールにより支援のスキルアップを期待したい。

D. 結論

人材育成を踏まえた薬害被害救済の個別支援に対する提言として以下にまとめる。

<提言>

- ・ CN 活動の面談と多職種連携を中心とした患者への支援は、患者の医療や生活の課題抽出と課題

解決に重要な活動である

- ・ これらの活動を担う看護師の外来配置の推進とともに、この活動を担う業務、役割の言及や人材育成の課題に取り組む必要がある。
- ・ 今後、看護師には普遍的な能力を備えつつ、薬害患者に特化した恒久対策へのミッションの理解と、対応する姿勢を備え、難易度の高い看護の実践力を養う対策が急がれる。
- ・ 薬害 HIV 感染血友病等患者に携わる医療従事者の人材育成に対し、医療者の指南となることを目的に各種支援ツールを作成し普及した。これら各種ツールを活用し、各ブロック内で患者の関係者間で行う事例検討会を重ね、顔の見える連携、支援のスキルアップを目指し、「薬害被害救済の個別支援」の更なる充実を目指していくことが重要である。

E. 謝辞

本研究にご協力いただきました薬害 HIV 感染血友病等患者様・ご家族の皆様、研究協力者の皆様、その他、事例に係わった地域スタッフの皆様に感謝申し上げます。また、社会福祉法人はばたき福祉事業団の皆様、特に元理事長の大平勝美氏におかれましては、HIV コーディネーターナースの創設に携わり、常に CN 活動へのご助言を賜りました。ここに深く感謝の意を申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 学会発表

- 1) 大金美和、薬害 HIV 被害者の課題解決のための医療福祉連携 (CN の立場から)。第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会シンポジウム, WEB 開催, 2020 年 11 月。
- 2) 三浦清美、大金美和、阿部直美、鈴木ひとみ、大杉福子、岩田まゆみ、栗田あさみ、谷口紅、杉野祐子、上村悠、田沼順子、渦永博之、照屋勝治、菊池嘉、岡慎一。薬害 HIV 感染血友病患者の就労継続に関する実態調査。第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会 WEB 開催, 2020 年 11 月。
- 3) 白阪琢磨、橋本修二、川戸美由紀、大金美和、岡本学、渦永博之、日笠聡、福武勝幸、八橋弘、岡慎一。血液製剤による HIV 感染者の調査成績 第 1 報 健康状態と生活状況の概要。第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会 WEB 開催, 2020 年 11 月。
- 4) 川戸美由紀、橋本修二、大金美和、岡慎一、岡本学、渦永博之、福武勝幸、日笠聡、八橋弘、白阪琢磨。血液製剤による HIV 感染者の調査成績 第 2 報 未発症者の生活状況とその推移。第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会 WEB 開催, 2020 年 11 月。
- 5) 石川佑磨、大木悦子、佐藤紫乃、河原崎彩佳、鳴海佑乃、石井祥子、岩丸陽子、源名保美、大杉福子、阿部直美、大金美和、池田和子、木村聡太、ソルダノあかね、上村悠、田沼順子、渦永博之、照屋勝治、菊池嘉、岡慎一。エイズ治療・研究開発センター (ACC) 病棟における薬害 HIV 感染被害者の入院目的と看護課題の検討。第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会 WEB 開催, 2020 年 11 月。
- 6) 佐藤紫乃、岡慎一、菊池嘉、田沼順子、照屋勝治、渦永博之、上村悠、池田和子、大金美和、阿部直美、大杉福子、ソルダノあかね、木村聡太、岩丸陽子、源名保美、石井祥子、大木悦子、石川佑磨、河原崎彩佳、鳴海佑乃。エイズ治療・研究開発センター (ACC) 病棟における HIV 陽性患者の長期入院目的と退院支援課題の検討。第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会 WEB 開催, 2020 年 11 月。
- 7) 石井祥子、栗田あさみ、池田和子、大金美和、杉野祐子、谷口紅、鈴木ひとみ、阿部直美、大杉福子、岩田まゆみ、三浦清美、木村聡太、塚田訓久、菊池嘉、岡慎一、西岡みどり。HIV 陽性者の喫煙の現状と禁煙への関心 (中間報告)。第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会 WEB 開催, 2020 年 11 月。
- 8) 大杉福子、大金美和、阿部直美、池田和子、久地井俊哉、岩野友里、柿沼章子、大平勝美、田沼順子、渦永博之、藤谷順子、岡慎一: ACC 救済医療室が行った病病連携における薬害 HIV 感染者と紹介元医療者の満足度調査。第 33 回日本エイズ学会学術集会, 熊本, 2019。
- 9) 柳澤邦雄、小川孔幸、渋谷圭、柴慎太郎、石崎芳美、北田陽子、真野浩、佐々木晃子、伊藤俊宏、吉丸洋子、高木雅敏、松下修三、大杉福子、大金美和、渦永博之、田沼順子、岡慎一、半田寛、大野達也: 薬害 HIV/HCV 共感染血友病患者の肝細胞癌に対する重粒子線治療。第 33 回日本エイズ学会学術集会, 熊本, 2019。
- 10) 白阪琢磨、橋本修二、川戸美由紀、大金美和、岡本学、渦永博之、日笠聡、福武勝幸、八橋弘、岡慎一: 血液製剤による HIV 感染者の調査成績、第 1 報 健康状態と生活状況の概要。第 33 回日本エイズ学会学術集会, 熊本, 2019。
- 11) 川戸美由紀、橋本修二、大金美和、岡慎一、岡本学、渦永博之、日笠聡、福武勝幸、八橋弘、白阪琢磨: 血液製剤による HIV 感染者の調査成績、第 2 報 循環器疾患等の状況。第 33 回日本エイズ学会学術集会, 熊本, 2019。

術集会,熊本、2019.

- 12) 大金美和,阿部直美,小山美紀,谷口紅,木下真里,杉野祐子,中澤伸,島田恵,柴山志穂美,石原美和,岩野友里,久地井寿哉,柿沼章子,大平勝美,池田和子,塚田訓久,田沼順子,瀧永博之,菊池嘉,岡慎一,木村哲:薬害 HIV 感染血友病等患者の施設における受け入れ促進と支援体制の整備.第 32 回日本エイズ学会学術集会,大阪,2018.
- 13) 川戸美由紀,橋本修二,大金美和,岡慎一,岡本学,瀧永博之,日笠聡,福武勝幸,八橋弘,白阪琢磨:血液製剤による HIV 感染者の調査成績第 2 報生活状況の概要.第 32 回日本エイズ学会学術集会,大阪,2018.

H. 引用・文献

- 1) 瀧 正志.血液凝固異常症全国調査令和元年度報告書.公益財団法人エイズ予防財団厚生労働省委託事業.
- 2) 石原美和編著,渡辺 恵,池田和子,大金美和著.エイズクオリティケアガイド.日本看護協会出版会,2001年12月.
- 3) 血友病薬害被害者手帳.厚生労働省 HP. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/topics/tp160302-01.html
- 4) エンパワーメントに関する理論と論点.巴山玉蓮,星旦二.総合都市研究(81),5-18,2003.
- 5) 厚生労働省老健局老人保健課.介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver1).2017. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000169398.pdf>
- 6) 加藤尚子他. HIV / AIDS 専任コーディネーターナースの外来相談活動に関する研究導体制の実態その 1 一相談所要時間とその関連要因一.日看管会誌.8(1),23-33,2004.
- 7) 佐藤知恵. HIV/AIDS 専任看護師の役割と現状拠点 病院の立場から.東京医科大学病院看護研究集録 30:24-28,2010.
- 8) 池田和子.「ブロック内中核拠点病院間における相互交流による HIV 診療環境の相互評価」.厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」班.令和元年度報告書.
- 9) 鍵浦文子,渡部恵子,大金美和,小川良子,羽柴知恵子,東 政美,伊藤 紅,小山美紀,池田和子,島田 恵,宮下美香:エイズ治療拠点病院の看護師が行う HIV/AIDS 患者への療養指導頻度の変化.日本エイズ学会誌,18(1):86-91,2016年2月.
- 10) 薬害血友病患者の医療と福祉・介護の連携に関するハンドブック vol.3 厚生労働行政推進調査事業費補助金(エイズ対策政策研究授業)非加熱血液凝固因子製剤による HIV 感染血友病等患者の長期療養体制の構築に関する患者参加型研究(研究代表者:藤谷順子,分担研究者:大金美和)
- 11) 「医療」情報収集シート/療養支援アセスメントシート Vol.3.厚生労働行政推進調査事業費補助金(エイズ対策政策研究授業)非加熱血液凝固因子製剤による HIV 感染血友病等患者の長期療養体制の構築に関する患者参加型研究(研究代表者:藤谷順子,分担研究者:大金美和)
- 12) 「福祉・介護」情報収集シート/療養支援アセスメントシート Vol.3.厚生労働行政推進調査事業費補助金(エイズ対策政策研究授業)非加熱血液凝固因子製剤による HIV 感染血友病等患者の長期療養体制の構築に関する患者参加型研究(研究代表者:藤谷順子,分担研究者:大金美和)2021.
- 13) 療養先検討シート Vol.2.厚生労働行政推進調査事業費補助金(エイズ対策政策研究授業)非加熱血液凝固因子製剤による HIV 感染血友病等患者の長期療養体制の構築に関する患者参加型研究(研究代表者:藤谷順子) HIV 感染血友病等患者の医療福祉とケアに関する研究(分担研究者:大金美和,研究協力者:小山美紀)2019. <http://kyusai.acc.go.jp/pdf/aboutus-01-sheet3.pdf>
- 14) 柿沼章子.全国の HIV 感染血友病等患者の健康状態・日常生活の実態調査と支援に関する研究.平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業.平成 29 年度総括・分担研究報告書.
- 15) 白坂琢磨.エイズ発症予防に資するための血液製剤による HIV 感染者の調査研究.令和元年度報告書
- 16) HIV/AIDS 医療におけるコーディネーターナース介入による影響.前田ひとみ,南家美代,渡辺恵.南九州看護研究誌,2003(1),37-45.3) HIV/AIDS 専任コーディネーターナースの外来相談活動に関する研究 その 1 一相談所要時間とその関連要因一.加藤尚子,柴山大賀,渡辺恵,福山由美,池田和子,大金美和,伊藤将子,武田謙治,小林康司,数間恵子.日本看護管理学会誌,2004(8),23-33.
- 17) HIV/AIDS 専任コーディネーターナースの外来相談活動に関する研究 その 2 一どのような活動内容をどのような行為で提供しているか一.加藤尚子,柴山大賀,渡辺恵,福山由美,池田和子,大金美和,伊藤将子,武田謙治,小林康司,数間恵子.日本看護管理学会誌,2004(8),34-42.
- 18) HIV/AIDS 患者の療養継続支援と HIV/AIDS コーディネーターナース.島田恵.医療,2005(12),647-651.
- 19) 江口 晋:血液製剤による HIV/HCV 重複感染患

者の肝移植に関する研究．平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業．平成 29 年度総括・分担研究報告書．

- 20) 井部俊子・大生定義監修．専門看護師の思考と実践．医学書院 2015.
- 21) スモン手帳．厚生労働省ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/topics/dl/tp130604-01_1.pdf
- (22) 高野龍昭：これならわかるスッキリ図解介護保険第 3 版，株式会社翔泳社，2018.
- (23) 荒井 秀典：フレイル診療ガイド 2018 年版，株式会社ライフ・サイエンス，2018.
- (24) 川上憲人，橋本秀樹，近藤尚巳 編者：社会と健康，健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ，東京大学出版会，2017.
- (25) 東京大学高齢社会総合研究機構編著：東大がつくった高齢社会の教科書，長寿時代の人生設計と社会創造，東京大学出版会，2017.
- (26) JST 社会技術研究開発センター秋山弘子編著：高齢社会のアクションリサーチ，新たなコミュニティ創りをめざして，東京大学出版会，2015.
- (27) 田宮菜奈子，小林廉毅 編：ヘルスサービスリサーチ入門，生活と調和した医療のために，東京大学出版会，2017.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし